

LA CHOLÉDUODÉNOGRAPHIE ET L'HYDROÉPATOSE

pelo

Prof. MARTIM GOMES

Quand je fais une cholécystostomie, je crois devoir pratiquer une radiographie combinée du **duodénum** et de toute la **bile** contenue dans les voies biliaires: c'est la **choléduodénographie**.

Elle permet d'étudier sur le vif la dilatation de l'arbre biliaire, ce que McMaster, Broun et Rous ont appelé hydrohépatose.

Elle a aussi pour but de permettre de trouver des lésions et des modifications importantes, et de dépister quelques observations qu'aucun autre moyen ne peut donner.

Si, pour une raison quelconque vous croyez que cela sera toujours un procédé d'examen très rare, à cause de la rareté même de la cholécystostomie, il faut considérer qu'à l'heure actuelle, cette opération est encore fréquente, sans toutefois reprendre la position, qu'elle avait autrefois, d'opération de choix.

L'opération de choix est toujours la cholécystectomie aujourd'hui.

Mais il faut passer en revue quelques aspects de la pratique, d'après quelques chirurgiens, pour démontrer que la cholécystostomie n'est pas si rare, et surtout ce fait curieux que là où cette opération trouve son indication, la choléduodénogra-

phie devient précieuse et, pourtant, très simple.

Pour qu'elle soit accueillie avec confiance, je présente la revue des opinions sans même les traduire, pour ne pas modifier la pensée originelle:

John B. Deaver, Lankenau Hospital, Volume 5, 6 number of the Surgical Clinics of North America. pg. 1518.

"In both the calculous and the non-calculous type of cholecystitis **the pathology usually is in the walls of the organ and not in the mucous lining**. This fact of itself is sufficient to account for **the failure in most cases of medical treatment**. And as with appendicitis, so in cholecystitis, removal of the source of infection gives the best chance of obtaining a cure."

The technic of cholecystectomy to the abdominal surgeon presents few difficulties, so that the radical operation is preferred except in certain special conditions **when the conservative operation is the wise procedure**, especially as a **preliminary** to secondary removal of the gall-bladder.

Cholecystotomy is indicated in **acute cholecystitis** where there is **pus** and where the **condition of the patient forbids extensive surgery**. Also in disease of the pancreas de-

manding drainage it is beter to drain (through the gall-bladder,) other things being equal. The drainage operation likewise is indicated in cases where the fundus of the gall-bladder is diseased and the body not involved. In such cases cholecystostomy provides a chance for the diseased tissue partially to recover and makes the secondary cholecystectomy a safer procedure."

Pag. 1517:

You gentlemen know as well as I do that in cases of cholecystitis it is occasionally difficult to make a diagnosis even after you have opened the abdomen.

Voyons maintenant Max Danzis, Volume 6, 1400.*

Analysis of 215, Cases Gall-Bladder Disease:

"Question: Do you take out the gall-bladder in every case?

Answer: This was a debatable question until recently, and even at the present time one may find an occasional warning in the surgical literature against its adoption as a routine procedure. The problem is a fundamental one. There is still some diversity of opinion regarding the part that the gall-bladder plays in the human organism. Medical literature is replete with voluminous reports and exhaustive studies both by clinicians and research workers regarding its function. The conclusions drawn by various investigators are of a divergent character and often baffling to the surgeon.

The two most important arguments advanced against the operation are:

1. The higher mortality rate of cholecystectomy over that of cholecystostomy in the hands of the occasional operator.

2. Injury to the bile-ducts, a serious accident which is not infrequent even in the hands of the most skilful and experienced surgeons.

I must confess that I was in a doubtful state of mind regarding this question until

four years ago, but after studying the end-results of a fairly large series of gall-bladder operations which included almost an equal number of cholecystostomies and cholecystectomies, I came to a definite conclusion that the gall-bladder should be removed in every case provided there are no definite contraindications to the operation.

We reserve the operation of cholecystostomy only for the very old or for those suffering from chronic or hazardous diseases, such as chronic or acute pancreatitis or acutely inflamed and gangrenous gall-bladders that can only be removed with great difficulty and with considerable risk to the patient."

En générale, donc, on est des fois obligé de faire la cholecystostomie. Mais il arrive justement que dans ces cas là il y a toujours des complications sérieuses, dont le diagnostic complet n'est pas possible. Or, il devient possible si l'on fait la choléduodénographie. On n'a qu'à injecter par la fistule une solution d'iode de sodium à 25%, aseptiquement.

Cela est mieux que le lipiodol, que Pouchet, à l'exemple de Cotte, recommande d'introduire dans les trajets fistulaires, avant de fermer la fistule, ou dans des opérations itératives.

On peut comprendre les services qu'une telle méthode est en mesure de rendre, rien qu'en regardant les photographies ci-jointes.

Ce procédé est réellement susceptible de convenir:

- a) Toutes les fois que la région est masquée par des adhérences anciennes, fermes ou très infectées.

Lorsqu'il y a sous le foie une masse homogène, où l'on doit se guider uniquement par la palpation, il est très important de savoir, par la photographie, quel est l'aspect ou l'anomalie du cholédoque, du cystique, de l'hépatique, des 3 premières portions du duodénum; la dimension du carré formé par ses 4 portions; la hauteur où se

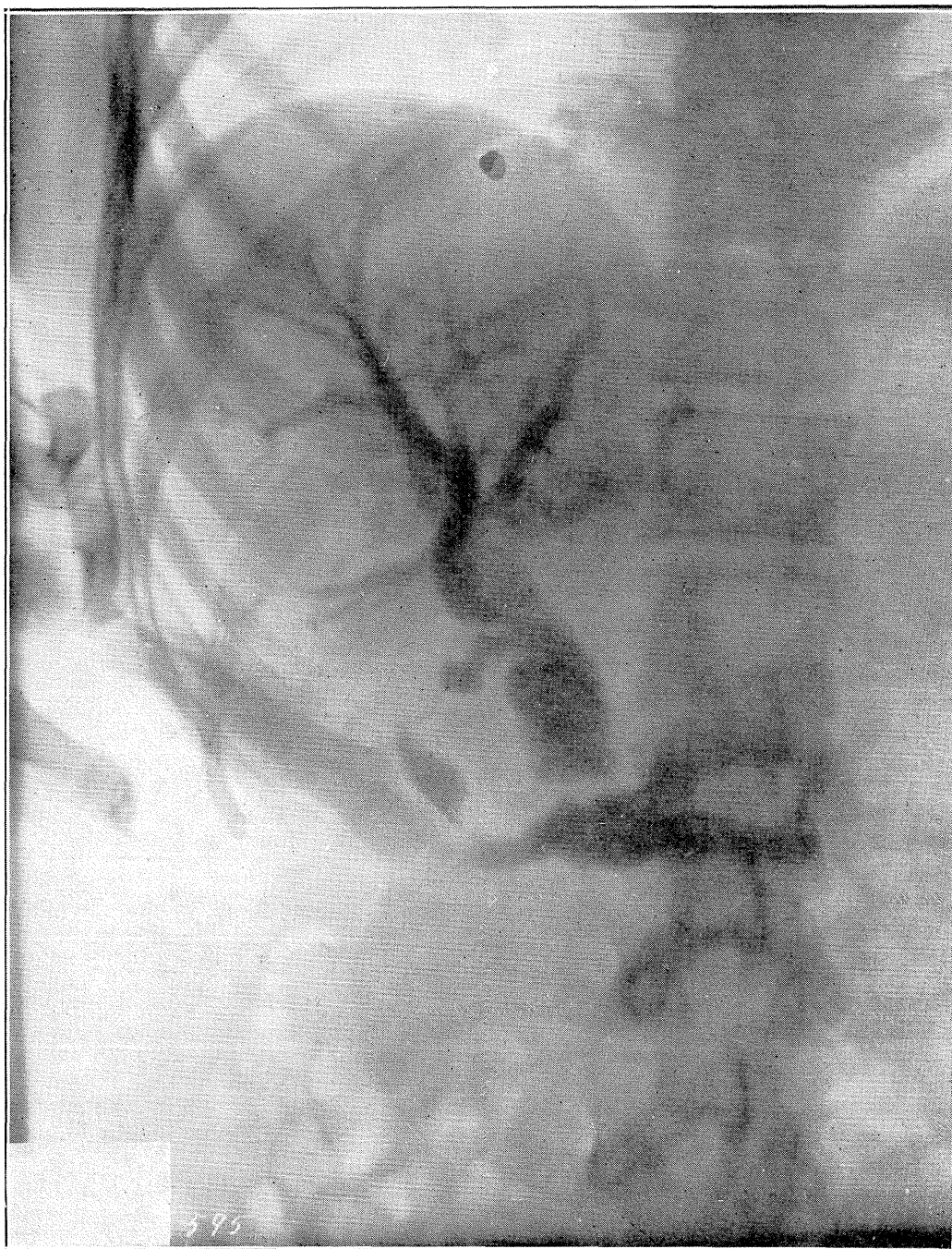


Fig. 1. On voit que le cholédoque est si dilaté qu'il a la moitié du diamètre d'un corps vertébral. Il se termine coupé en ligne droite. On voit ici, comme dans les trois autres figures, l'ombre de mon doigt, pendant qu'il fermait la fistule, par laquelle j'avais fait l'injection. A côté de lui, un renflement, qui est le trajet dans laparoi. Chemin faisant, le trajet trouve deux autres renflements contigus, juste avant de toucher au cholédoque: le 1.^{er} est la vésicule atrophée, le 2.^d, son bassin.

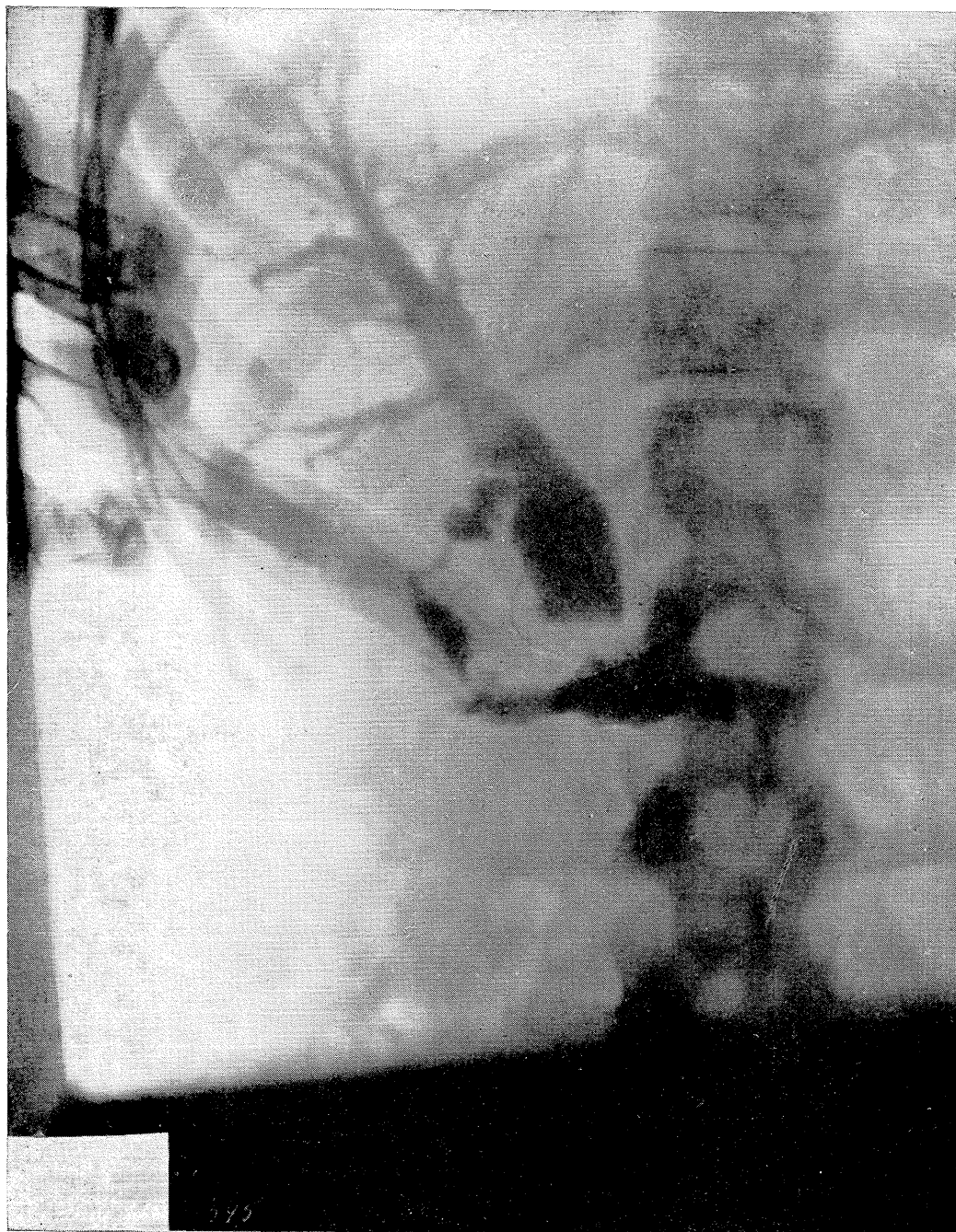


Fig. 2. En inclinant un tout petit peu le corps de la malade, on a eu cette modification. C'est à dire que l'ombre transversale s'écarte de la fin de l'ombre du cholédoque: elle n'est donc pas due à l'intestin, c'est un trajet souscutané, laissé par l'incision, qui avait été faite transversalement, lors de l'opération. On peut bien voir ici, entre l'ombre du bassin et celle du cholédoque, un petit point juste sur la paroi vésiculaire: cela est un **sinus de Rokitansky-Aschoff**.

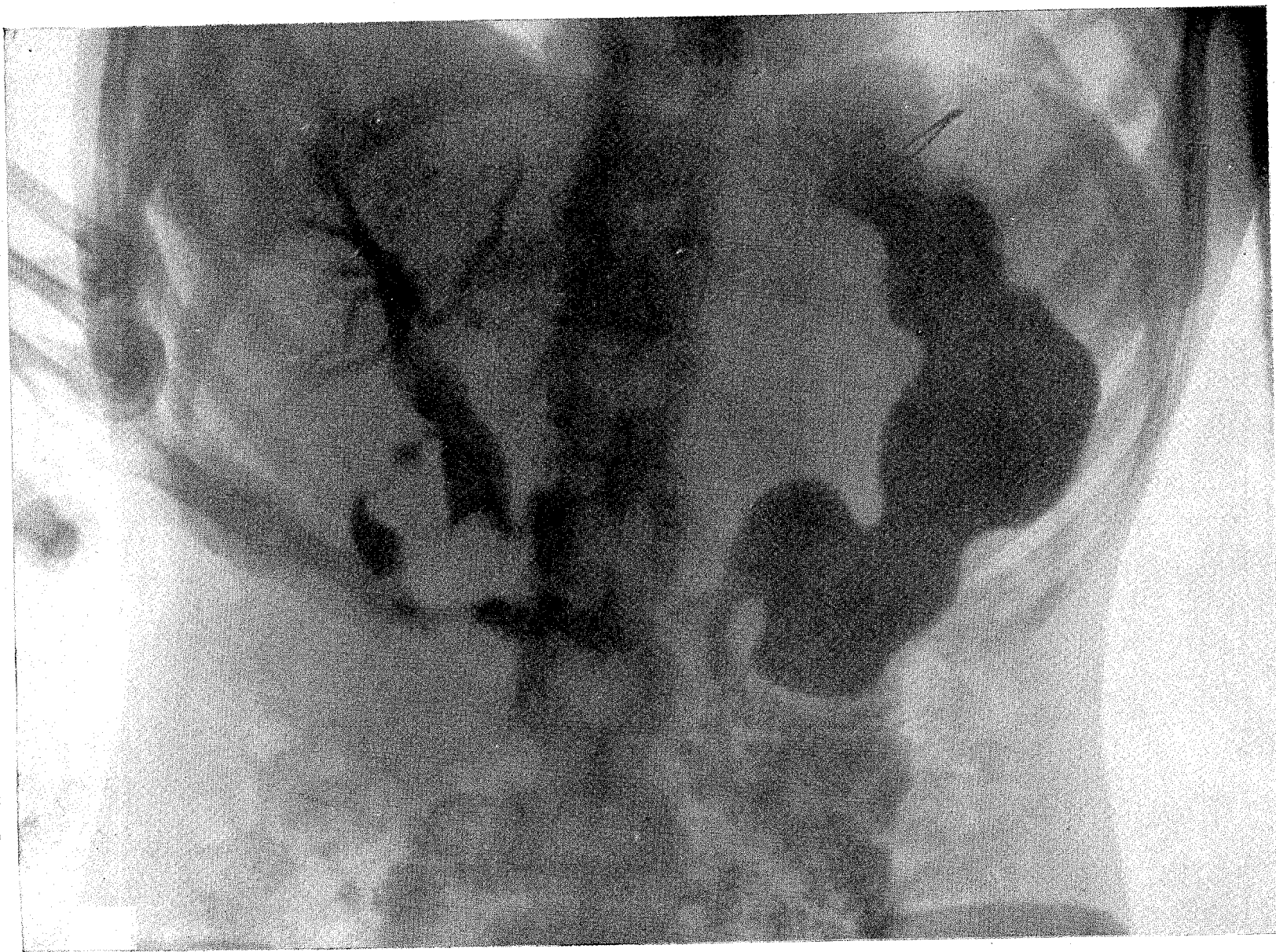


Fig. 3. Le volume de la vésicule est très diminué, à cause de la résorption de sa paroi. Il n'y a plus de renflement au niveau du bassinet. Le cholédoque ne montre pas non plus la même ligne droite: il se termine en une ligne courbe bien nette, ce qui est dû à ce que de la boue biliaire en est sortie, au moyen du drainage. Le cito-baryum a déjà passé, mais on n'y voit pas encore le duodénum.



Fig. 4. On voit que l'obstruction est très loin de la **caruncula major**. On y voit un corps régulièrement rond, qui pourra être abordé sur le bord du bulbe duodénale, en se guidant sur le pylore, sans décoller la 2.^e portion du duodénum, en perdant son temps, dans cette masse d'adhérences.

termine le cholédoque et où commence l'hépathique; s'il y a une portion du cholédoque en haut du duodénum, ce qui n'est pas rare; la déformation du duodénum, dont la constance et la fixité peut révéler l'ulcus, etc.

b) Pour déterminer le point où le cholédoque présente l'obstruction.

c) Pour faire, sur le vif, le diagnostic du calcul biliaire intrahépathique, et de la stricture des voies biliaires; peut-être de l'obstruction maligne, et peut-être aussi de l'obstruction par cholangite. Parce qu'une maldade peut avoir une infection, visible dans la suppuration de sa bile, mais avoir en même temps un calcul, qui fait les frais de l'obstruction les plus importantes. Et cela d'autant plus que cette cholangite peut s'accompagner d'une péri-hépatite, dont l'intensité arrive à masquer tout-à-fait le calcul cherché par la palpation, lors de la cholécystostomie qui a évité la mort de la maldade. Fig. 1, 2, 3 et 4.

d) Quand l'un des canaux pancréatiques, le Wirsung, au lieu de s'unir au cholédoque, s'ouvre dans l'intestin, directement, il est impossible qu'il soit injecté par l'intermédiaire du cholédoque. Mais, au cas contraire, cela n'est pas impossible. Dans un cas d'**oddite rétractile**, cela aurait une grosse importance pratique, à cause du danger beaucoup plus grand de pancréatite, par infection biliaire de proche en proche.

e) En observant plusieurs fois sur le même maldade, on pourra peut-être résoudre cette question de la guérison de la dilatation au moyen du drainage. Parce que l'on ne sait rien là-dessus.

f) Voici un maldade qui traîne sa fistule biliaire depuis des années, ayant fait une cholécystostomie probable, et qui demande guérison. Ce procédé dira s'il y a eu une suture à la paroi, ou du moins la part de cette condition, en montrant, en même temps, les renseignements cités plus haut.

g) Le cas échéant, on pourrait tenter de mesurer ainsi le **tonus** du sphincter, (normalement il va depuis 60,0 jusqu'à 300,0 m. mercure). S'il est trop bas, il ne faut pas attendre de la dilatation post-opératoire.

Voyez, par exemple, la fig. 1, où hydro-népathose est due à une obstruction, parce que le cholédoque se termine coupé en ligne droite, ce qui fait penser à une compression par tumeur. En réalité c'était un calcul, régulièrement rond. La sécrétion épaisse, de la boue biliaire explique la rectification de la masse calculense.

La fig. 4 montre cela, après quelques jours.

Regardez l'aspect du cystique, et la moindre dilatation du cholédoque à son niveau.

Dans les figs. 1 et 2 on voit, à partir du doigt qui ferme l'ouverture de la fistule, un trajet irrégulier, qui touche presque le point obstrué du cholédoque, et pourrait être pois par une communication s'ouvrant dans l'intestin. Il n'en est rien.

Les figs. 3 et 4 montrent, avec l'image du duodénum, que le point est très loin de la **caruncula major**.

Et encore la fig. 2 montre, dans une incidence légèrement différente des rayons, que cette tache s'écarte du cholédoque, après la fig. 1. Elle ne s'écarte pas du doigt; c'est un trajet souscutané. La seconde opération l'a confirmé.

Lors de la première intervention, on a fait une cholécystostomie, et l'on a trouvé un calcul rond, d'un cent. de diamètre. Le canal cystique était obstrué, pendant plusieurs jours la fistule ne donnait que de la bile blanche et un peu de pus.

Il y avait eu de la fièvre; pouls à 105, et 36,6 de temp, lors de l'opération, avec, en plus, de l'ictère intense, de l'acholie, et de la cholurie.

La malade n'avait eu qu'une seule colique hépathique, à forme gâstralgique, juste avant le commencement de l'ictère. Courbature, somnolence, état générale très man-

vais, avec une pulsation filiforme e avec grande hypotension. Opérée d'urgence.

Elle avait une subhépathite, où l'on ne voyait rien, et où l'on ne sentait presque rien par la palpation, la dureté de la tête du pancreas étant continuée par d'autres duretés, du côté des vores biliaires invisibles, encore, après des longues dissections.

Cela a été, tout de même, très bien supporté, parce que j'ai fait l'anesthésie splanchnique postérieure, des deux côtés.

Malgré tout, je ne dis pas que c'est la seule cholécystostomie qui a sauvé la malade, et la cholédudénographie.

Mas il est hors de doute que cette exploration m'a falicité la deuxième intervention, et que le drainage a rompu l'un des trois cercles vicieux du foie, et derivé l'infection lymphatique qui allait au pancréas.

Mais le traitement médicale que l'on a fait entre les deux opérations n'aurait au-

trement le même résultat: insuline, glycose, suc hépathique, vitamine, urotropine, pancréon, chlorure de caicion; (en injection, tout cela, saut le pancréon.)

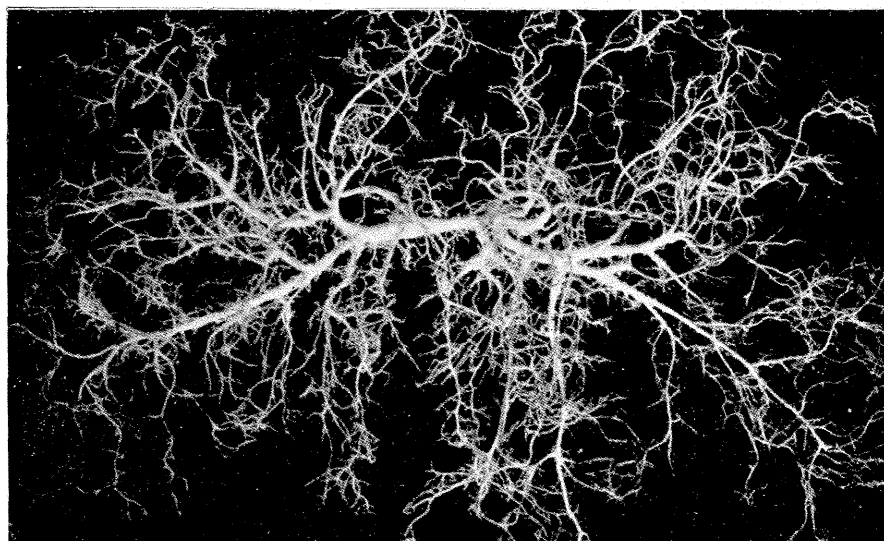
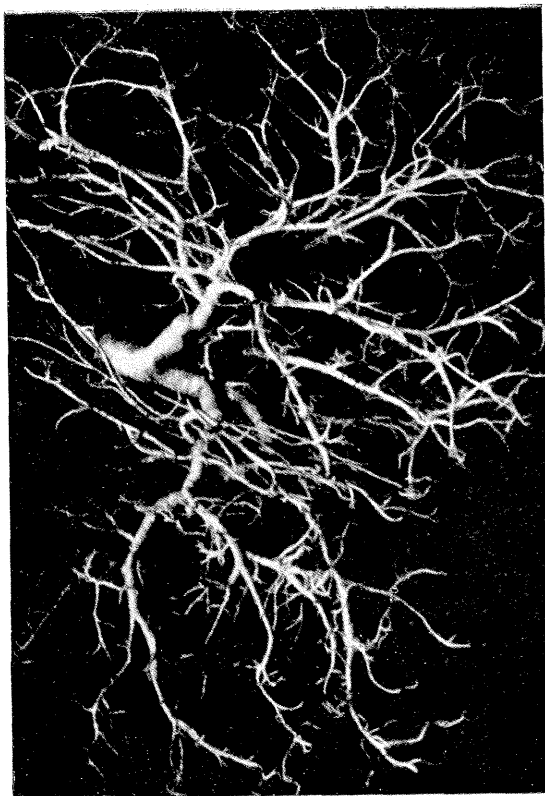
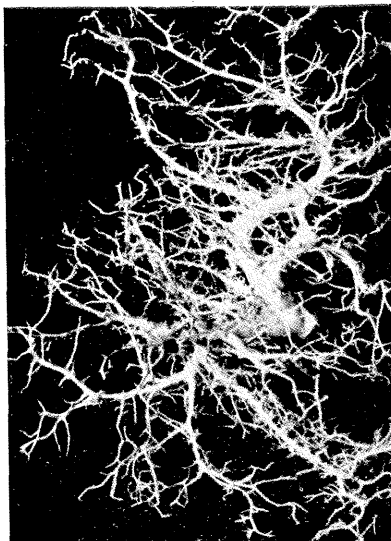
Je reproduis quelques figures de Counseller et Indoe, (Surgery, Gync., and obst., n.º 6, vol. XLIII;) elles démontrent l'hydrohépathose, étudiée **sur le cadavre**, au moyen de la solution de la celluloidé en acetone, par injection des voies biliaires.

Je tiens à remercier à mon ami le dr. Saint Pastous, dont la compétence en radiologie a seule permis de surprendre les belles radiographies du duodénum.

Les opérations ont été faites avec l'aide de mrs. les drs. Wallau, Brenno Alves, et Argemiro Dornelles, et des l'internes S. Ribeiro et S. Baldino.

HYDROHÉPATHOSE

*Injection des voies biliaires, étudiées sur le cadavre, (celluloïde en acetone), par
Cotinseller et Indoe: Surgery, Gynecology, and Obstetrics, n.º 6, V.º XLIII.*



HYDROHÉPATHOSE

*Injection des voies biliaires, étudiées sur le cadavre, (celluloïde en acetone), par
Counseller et Indoe: Surgery, Gynecology, and Obstetrics, n.º 6, V.º XLIII.*

